

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR LOS PADRES Y PRESENTADO A LOS SERVICIOS DEL TRIBUNAL DE LO FAMILIAR ANTES DE LA MEDIACION

**TRIBUNAL SUPERIOR DE CALIFORNIA
CONDADO DE SAN DIEGO
SERVICIOS DEL TRIBUNAL DE LO FAMILIAR
PAGINA CON LA DATA PARA LA MEDIACION**

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

No. del Tribunal Superior _____ Fecha de Mediación _____ Próxima audiencia en el Tribunal _____

¿Ha estado anteriormente en los Servicios del Tribunal de lo Familiar? Si No

PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

SEGURO SOCIAL # _____ LICENCIA DE CONDUCIR # _____
Estado

DIRECCION _____
No. y Calle No. de Apt. Ciudad Estado Código Postal

TEL. DE CASA _____ TEL. DEL TRABAJO _____ HORARIO DE TRABAJO _____

ABOGADO _____ TELEFONO _____

DIRECCION _____
No. y Calle No. de Apt. Ciudad Estado Código Postal

MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

NOMBRE AL NACER _____ SEGURO SOCIAL # _____ LICENCIA DE CONDUCIR # _____

TEL. DE CASA _____ TEL. DEL TRABAJO _____ HORARIO DE TRABAJO _____

ABOGADO _____ TELEFONO _____

DIRECCION _____
No. y Calle No. de Oficina Ciudad Estado Código Postal

ABOGADO DE LOS NIÑOS _____ TELEFONO _____

DIRECCION _____
No. y Calle No. de Oficina Ciudad Estado Código Postal

Fecha del Matrimonio _____ Fecha de Separación _____ Registró el divorcio? Cuando? _____
(o fecha de la unión libre)

Niños Menores:

Nombre

Padre/madre con
quien viven

Nombre/Segundo Nombre/Apellido

Fecha/Nacim.

Lugar/Nacim.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

**A petición suya, su dirección y número de teléfono serán confidenciales.
Por favor indique en el espacio provisto si así lo desea.**

INFORMACION ACERCA DE LOS NIÑOS:

MEDICA Y DENTAL:

Nombre del doctor del niño/s _____

Dirección _____ Teléfono _____

Información médica/dental para ser comentada:

Educacional:

Niño	Nombre de la Escuela	Maestra / Consejera	Grado
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

¿Está su niño/a viendo a un Consejero/a? Sí No

Nombre del Consejero/a _____

Dirección _____

Teléfono _____

Cuando comenzó el asesoramiento? _____

Actividades del niño/s y otras Necesidades Especiales:
a estas actividades)

(Así como clases especiales, actividades en equipo, transportación

1. ¿Hay denuncia de intimidación verbal o amenazas? Sí No

2. ¿Ha habido violencia física entre los padres? Sí No

Si es así ¿cuánto tiempo hace?

0-6 meses 6 meses a 1 año 1 año o más

3. ¿Ha habido denuncia de abuso hacia los niños? Sí No

a. Si es así, ¿Cuándo? _____

b. ¿Quién hizo la denuncia? _____

c. ¿Quién era el supuesto/a abusador/a? _____

d. ¿Se involucró al Servicio de Protección al niño (CPS)? Sí No

e. Nombre y número de teléfonos de el/la trabajador/a de CPS _____

Fecha _____

Firma de la persona que llenó este formulario

SI USTED ESTA BAJO LA PROTECCION DE UN INTERDICTO O SI USTED DENUNCIA VIOLENCIA FAMILIAR, USTED TIENE DERECHO A UNA ENTREVISTA INDIVIDUAL. Si desea una entrevista individual, por favor infórmese a la/el funcionaria/o de los Servicios del Tribunal de lo Familiar al momento de presentarse.

¿Está dispuesto/a a reunirse con el/la padre/madre para hablar sobre la crianza de sus niños? Si No

PARA SER LLENADO SOLAMENTE POR EL/LA CLIENTE

NOMBRE DEL CASO _____

No. DEL CASO _____

PAGINA ADJUNTA A LA DATA PARA LA MEDIACION

¿Cuál de los padres (padre o madre) presentó esta acción judicial? _____

¿De qué se trata esta acción judicial? _____

¿Hay una Orden Judicial vigente sobre la Patria Potestad y visitas? _____

¿Cuando fue emitida? _____

¡Resume brevemente la Orden! _____

Si no hay una Orden Judicial o si se está practicando un horario distinto, por favor resume el horario paternal/maternal actual:

¿Qué horario de visitas paternal/maternal le gustaría tener? _____

POR FAVOR NO ADJUNTE PAGINAS ADICIONALES